

Le risque anesthésique

Le taux de décès totalement ou partiellement liés à l'anesthésie a été estimé à $5,40 \times 10^{-5}$ en 1999. Il varie selon la gravité de l'état sous-jacent du patient (tableau 1). L'analyse de la mortalité anesthésique montre que les causes résiduelles des décès liés à l'anesthésie sont de trois types.

Les difficultés d'accès aux voies aériennes supérieures et l'inhalation péri-anesthésique (syndrome de Mendelson)

Les progrès de la sécurité anesthésique (avec la création des salles de surveillance postinterventionnelle) ont permis de faire disparaître les décès par hypoxie postopératoire, elle-même due aux effets résiduels de médicaments anesthésiques. Le risque lié aux difficultés de ventilation et d'accès aux voies aériennes (lors de l'intubation) persiste et se traduit par des accidents dramatiques par hypoxémie pouvant survenir chez des patients jeunes sans comorbidité particulière. La consultation d'anesthésie est ici d'une importance capitale car c'est au cours de cette consultation que l'anesthésiste recherche la présence de critères prédictifs d'intubation difficile (au moins 3 critères sont évalués au cours de la consultation : la classe de Mallampati, la distance thyromentonnière et l'ouverture de bouche). La détection d'une

situation à risque d'intubation difficile permet alors de mettre en œuvre des techniques particulières* d'induction de l'anesthésie générale (p. ex. intubation sous fibroscopie chez un patient maintenu en ventilation spontanée, emploi de dispositifs supraglottiques ou encore de laryngoscopes de forme spéciale).

L'hémorragie et l'anémie périopératoire

La question du risque transfusionnel a fait l'objet d'une attention particulière au cours des dernières décennies. Le drame du sang contaminé par le virus de l'immunodéficience humaine en est à l'origine. Afin de maîtriser le risque, une organisation s'est mise en place à partir de 1992 et a permis de réduire par plus de 1 500 le risque viral lié à la transfusion. Par ailleurs, afin de réduire le recours à la transfusion, une stratégie d'épargne sanguine est maintenant couramment utilisée en cas de saignement important prévisible (p. ex. incluant l'emploi d'érythropoïétine et de fer avant l'intervention, d'antifibrinolytique et de récupération du sang épanché pendant l'intervention). Malgré tout, l'anémie reste une situation possible et fréquente dans la période périopératoire. Elle peut être de survenue brutale, en particulier au cours de l'intervention chirurgicale, ou de survenue « subaiguë » dans les suites postopératoires. Pour éviter

TABLEAU 1

Taux de décès partiellement ou totalement liés à l'anesthésie selon la gravité (classe ASA) du terrain des patients

Classe ASA	Taux de décès partiellement ou totalement liés à l'anesthésie
ASA1	$3,95 \times 10^{-6}$
ASA2	$5,02 \times 10^{-5}$
ASA3	$2,71 \times 10^{-4}$
ASA4	$5,54 \times 10^{-4}$

Classification de l'American Society of Anesthesiologists

ASA1	Patient en bonne santé
ASA2	Patient ayant une atteinte modérée d'une grande fonction
ASA3	Patient ayant une atteinte sévère d'une grande fonction qui n'entraîne pas d'incapacité
ASA4	Patient ayant une atteinte sévère d'une grande fonction, invalidante et qui met en jeu le pronostic vital
ASA5	Patient moribond, dont l'espérance de vie est inférieure à 24 h, avec ou sans intervention chirurgicale

la transfusion et ses complications, les seuils transfusionnels en situation d'anémie aiguë après correction de l'hypovolémie (taux d'hémoglobine en deçà duquel la transfusion est nécessaire) ont été abaissés (les seuils qui ont été définis varient de 7 g/dL pour le patient sans comorbidité à 10 g/dL pour un patient ayant une insuffisance cardiaque ou coronarienne), mais la réticence à transfuser est parfois excessive, conduisant à ne pas transfuser un patient qui devrait l'être ou à ne le transfuser qu'avec retard. Ce risque de non-transfusion ou de retard transfusionnel (de l'ordre d'environ 1/1 000 à

1/10 000) est devenu aujourd'hui plus fréquent que celui de la transfusion elle-même.

La gestion de l'hypotension périopératoire

La chute de la pression artérielle est une situation « très classique » en anesthésie. Elle est d'origine multifactorielle, associant les effets de l'anesthésie générale ou médullaire (rachi-anesthésie ou anesthésie péridurale), l'anémie périopératoire, le jeûne préopératoire, les comorbidités (en particulier cardiovasculaires) et leurs traitements. La gestion de l'anesthésie au cours de l'intervention consiste notamment

Autres risques périopératoires

Nature du risque		Facteurs de risque	Prévention
Risque thromboembolique		Selon l'intervention (orthopédie du membre inférieur +++-)	Évaluation du risque en consultation d'anesthésie
		Selon le terrain du patient (antécédents thromboemboliques)	Bas de contention, héparine de bas poids moléculaire, etc.
Risque allergique		Exposition préalable aux allergènes : latex, curares, antibiotiques	Test de dépistage pour les patients à risque Éviction des produits en cause
Risque septique		Selon l'intervention	Mesures d'hygiène et d'asepsie Antibioprophylaxie
Selon le terrain du patient	Risque rénal	Âge avancé, insuffisance rénale préalable	Éviction de médicaments néphrotoxiques, éviter l'hypoperfusion rénale
	Risque cardiovasculaire	Maladie coronarienne, âge	Dépistage des patients coronariens, optimisation du traitement antiangineux (bêtabloquant), éviter l'anémie, la douleur etc.
		Diabète	Prévention des complications cardiovasculaires et rénales, monitoring précis de la glycémie

à compenser l'hypovolémie, que celle-ci soit relative ou absolue. Cette gestion peut nécessiter, notamment pour des interventions lourdes ou des patients fragiles, l'utilisation de moyens de surveillance et d'évaluation particuliers (doppler transœsophagien, échographie, etc.). Associés à ces trois grands axes, il faut aussi rappeler les autres risques liés à l'intervention ou surtout au terrain du patient (tableau 2).

Place de l'âge dans le risque opératoire

Les projections démographiques en France montrent que le

nombre de sujets âgés et leur qualité de vie vont augmenter dans les années futures. Or, si l'âge avancé est un facteur de risque indépendant des complications postopératoires, les comorbidités, lorsqu'elles sont présentes, sont des facteurs de risque bien supérieurs à celui correspondant à l'âge. La prise en charge périopératoire des patients très âgés mérite une attention particulière, y compris pour les patients âgés sans comorbidité. En effet, ces patients ont plus souvent des complications périopératoires, et leur fragilité physique nécessite que les soins qui leur sont prodigués soient encore plus

attentifs et organisés que pour le reste de la population.

Du risque anesthésique vers un risque global

Le risque anesthésique ne représente qu'une partie (environ 10 %) du risque global d'une intervention. Aussi, il est nécessaire de se pencher sur la question du risque non pas uniquement à travers le regard d'une spécialité mais de manière plus globale pour mieux maîtriser les défaillances situées aux interfaces des différents corps de métier ou spécialités. La communication et le travail en équipe doivent être améliorés. Le médecin traitant a une place

prépondérante puisqu'il se situe à l'interface entre l'établissement de soins et la prise en charge médicale du patient à domicile. •

* En situation normale, l'induction de l'anesthésie générale entraîne une apnée qui est suppléée par une ventilation manuelle au masque suivie le plus souvent d'une intubation oro-trachéale et d'une ventilation mécanique assurée par un ventilateur d'anesthésie.